

**PENATALAKSANAAN TERAPI PASIEN PREEKLAMPSIA
RAWAT INAP RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN 2009**

SKRIPSI



Oleh:

SAN CAHYO RINI

K 100 060 036

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
SURAKARTA
2010**

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penyakit hipertensi pada kehamilan berperan besar dalam morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Hipertensi diperkirakan menjadi komplikasi sekitar 7-10% dari kejadian kehamilan, dengan setengah sampai duapertiganya didiagnosis mengalami preeklampsia atau eklampsia (Poole, 2004). Lebih dari satu dasawarsa terakhir ini, kematian ibu melahirkan menempati urutan utama masalah kesehatan di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan tetapi tingkat kematian ibu melahirkan masih tetap tinggi. Menurut Azwar, angka kematian ibu melahirkan di Indonesia yaitu sebanyak 334 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu melahirkan, sebagian besar disebabkan oleh pendarahan 40-60%, toksemia gravidarum (preeklampsia dan eklampsia) 30-40% dan infeksi 20-30% (Maryunani dan Yulianingsih, 2009). Kematian ini umumnya dapat dicegah bila komplikasi kehamilan dan resiko tinggi lainnya dapat dideteksi sejak dini, kemudian mendapatkan penanganan yang tepat dan adekuat pada saat yang paling kritis yaitu pada masa sekitar persalinan. Preeklampsia dan eklampsia menempati urutan kedua penyebab kematian ibu sedangkan yang pertama adalah pendarahan. Oleh karena itu diagnosis dini preeklampsia yang merupakan tingkat pendahuluan eklampsia, serta penanganannya perlu segera dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak (Maryunani dan Yulianingsih, 2009).

Preeklampsia merupakan penyakit hipertensi yang khas dalam kehamilan, yaitu dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg sesudah 20 minggu masa kehamilan dengan proteinuria. Preeklampsia berbeda dengan hipertensi kronik. Hipertensi kronik yaitu terjadi sebelum 20 minggu masa kehamilan. Wanita yang mengalami hipertensi kronik sebelum hamil dapat berubah menjadi preeklampsia (Dipiro, dkk, 2000).

Menurut Pedoman dan Diagnosis Terapi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2007 obat yang digunakan untuk penanganan preeklampsia berat antarlain antihipertensi (nifedipin) dan antikejang (magnesium sulfat), sedangkan untuk preeklampsia ringan digunakan methyldopa (Anonim, 2007). Antihipertensi yaitu untuk menormalkan tekanan darah sehingga mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain sedangkan antikejang digunakan untuk mencegah terjadinya kejang sehingga bisa meminimalkan terjadinya eklampsia (preeklampsia yang disertai kejang) (POGI, 2005).

Menurut Larasantya (2004) pada penelitian tentang evaluasi penggunaan obat pada pasien preeklampsia di instalasi rawat inap rumah sakit DR. Sardjito Yogyakarta periode Januari-Desember 2004 menunjukkan bahwa penggunaan obat pada pasien preeklampsia ringan meliputi magnesium sulfat, deksametason dan diazepam. Sedangkan preeklampsia berat meliputi magnesium sulfat, deksametason, nifedipin, metildopa, furosemid, asetosal dan diazepam. Pada kesesuaian penggunaan obat preeklampsia berat tanpa penyakit penyerta sebesar 68,85% tepat obat, 64,24% tepat pasien, dan 50,36% tepat dosis. Sedangkan kesesuaian penggunaan obat pada preeklampsia berat dengan penyakit penyerta 88,46% tepat obat, 71,45% tepat pasien, 33,48% tepat dosis (Larasantya, 2004).

Pemilihan obat selama masa kehamilan harus lebih diperhatikan karena dapat menyebabkan efek yang tidak dikehendaki pada janin (Anonim^a, 2006) sehingga perlu adanya peresepan yang rasional yaitu sesuai dengan diagnosis penyakitnya, dosis dan lama pemakaian obat yang sesuai dengan kebutuhan pasien serta biaya yang serendah mungkin (Zaman, 2001).

Penggunaan obat saat hamil harus dipilih obat yang paling aman dan obat harus diresepkan pada dosis efektif yang terendah untuk jangka waktu pemakaian sesingkat mungkin. Sebisa mungkin menghindari dan meminimalkan penggunaan segala jenis obat selama kehamilan kecuali jika manfaat yang diperoleh ibu lebih besar dibanding resiko pada janin. Selama trimester pertama, sebagian obat dapat beresiko besar menyebabkan cacat lahir sedangkan selama trimester dua dan tiga, obat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan secara fungsional pada janin atau dapat meracuni plasma (Anonim^a, 2006).

Rumah sakit yang dipilih untuk penelitian ini adalah RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten karena di rumah sakit ini dari tahun 2008 ke 2009 kasus preeklampsia mengalami peningkatan yang sangat banyak yaitu pada tahun 2008 jumlahnya 57 kasus sedangkan pada tahun 2009 sekitar 140 kasus, selain itu pada tahun 2009 angka kematian pada janin sebanyak 2,86%.

Berdasarkan hal tersebut, untuk meninjau keamanan suatu terapi maka perlu dilakukan suatu evaluasi penatalaksanaan terapi pada pasien preeklampsia berdasarkan standar pengobatan yang ada.

B. PERUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana gambaran pengobatan pada pasien preeklampsia rawat inap di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten?
2. Apakah penggunaan obat antihipertensi dan antikejang pada pasien preeklampsia rawat inap di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten memenuhi kriteria tepat indikasi, pasien, jenis obat dan dosis?

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Penelitian ini adalah:

1. Mengetahui gambaran pengobatan pada pasien preeklampsia rawat inap di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
2. Mengevaluasi penggunaan obat antihipertensi dan antikejang pada preeklampsia rawat inap di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang memenuhi kriteria tepat indikasi, pasien, jenis obat dan dosis.

D. TINJAUAN PUSTAKA

1. Preeklampsia

Preeklampsia adalah penyakit hipertensi yang khas dalam kehamilan biasanya timbul sesudah minggu ke-20 dengan gejala utama hipertensi yang akut pada wanita hamil dan wanita dalam nifas sedangkan gejala lainnya antara lain edema dan proteinuria. Kadang-kadang hanya hipertensi dengan proteinuria atau hipertensi dengan edema (Martaadisoebrata, dkk, 2004).

a. Gejala-gejala:

1) Hipertensi

Gejala yang timbul pertama kali adalah hipertensi yang terjadi tiba-tiba. Wanita hamil dikatakan hipertensi apabila tekanan sistolik ≥ 140 mmHg atau kenaikan 30 mmHg diatas tekanan biasanya. Tekanan diastolik ≥ 90 mmHg atau kenaikan 15 mmHg di atas tekanan biasanya.

2) Edema

Gejala edema timbul dengan didahului penambahan berat badan yang berlebihan. Penambahan berat $\frac{1}{2}$ kg seminggu pada ibu hamil dianggap normal, tetapi jika mencapai 1 kg seminggu atau 3 kg dalam sebulan, kemungkinan timbulnya preeklampsia perlu diwaspadai. Penambahan berat badan secara tiba-tiba ini disebabkan oleh retensi air dalam jaringan dan kemudian terjadilah edema. Edema ini tidak hilang dengan istirahat.

3) Proteinuria

Sering ditemukan pada preeklampsia yang dikarenakan adanya vasospasme pembuluh-pembuluh darah ginjal.

4) Gejala-gejala subjektif yang umum ditemukan pada preeklampsia, yaitu sakit kepala yang hebat karena vasospasme atau edema otak, sakit ulu hati dan gangguan penglihatan seperti penglihatan menjadi kabur bahkan bisa menjadi buta (Martaadisoebrata, dkk, 2004).

b. Etiologi

Penyebab timbulnya preeklampsia pada ibu hamil belum diketahui secara pasti, tetapi pada umumnya disebabkan oleh *vasospasme arteriola*

(Maryunani, 2009). Faktor risiko yang berkaitan dengan perkembangan preeklampsia : riwayat keluarga yang pernah mengalami preeklampsia atau eklampsia, penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil dan obesitas (Prawirohardjo, 2008). Preeklampsia dan eklampsia lebih banyak terjadi pada primigravida, hamil ganda dan mola hidatidosa. Kejadiannya semakin meningkat dengan semakin tuanya umur kehamilan dan gejala-gejala penyakit berkurang bila terjadi kematian janin (Manuaba, 1998).

c. Patofisiologi

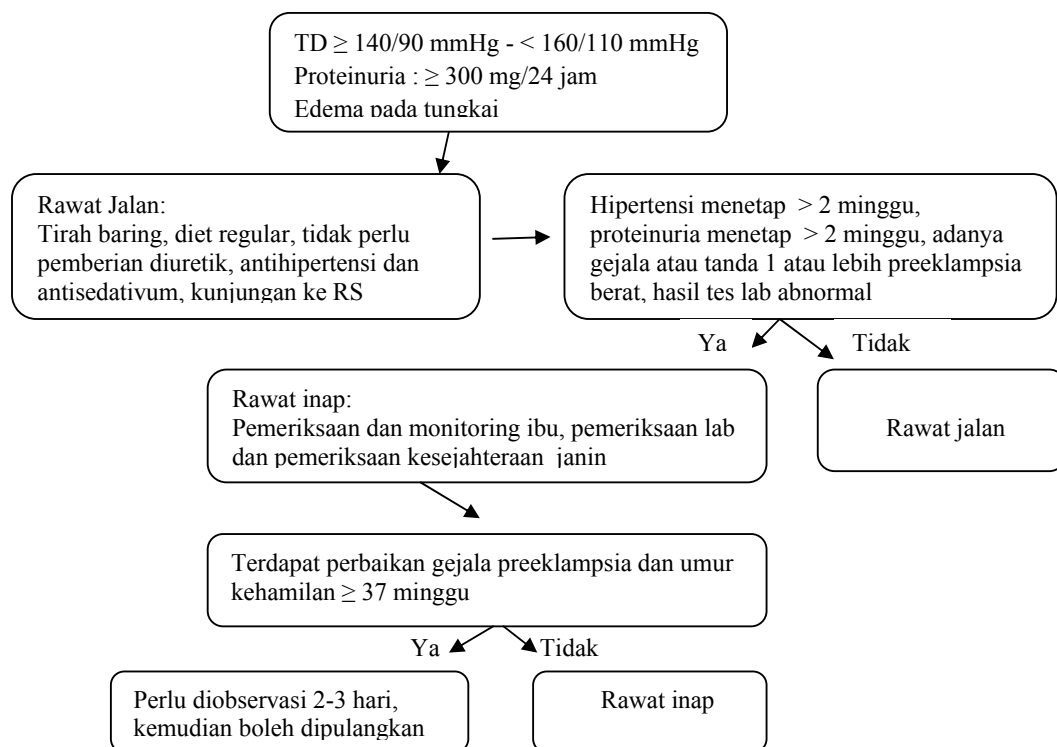
Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah disertai dengan retensi garam dan air. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga hanya dapat dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola dalam tubuh mengalami spasme, maka tekanan darah akan naik sebagai usaha untuk mengatasi tekanan perifer agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penimbunan air yang berlebihan dalam ruangan interstitial belum diketahui sebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus (Mochtar, 1998).

d. Penyulit pada preeklampsia

Penyulit pada preeklampsia meliputi penyulit pada ibu dan penyulit pada janin. Penyulit pada ibu antara lain: 1) sistem syaraf pusat (perdarahan *intrakranial*, hipertensi *ensefalopati*, *edema serebri*, *edema retina* dan

kebutaan), 2) *gastrointestinal-hepatik* (pecahnya kapsul hepar), 3) Ginjal (gagal ginjal akut, nekrosis tubular akut), 4) *kardiopulmonar* (edema paru, *iskemia miokardium*). Penyulit yang dapat terjadi pada janin ialah *intrauterine fetal growth restriction*, solusio plasenta dan kematian janin (Prawirohardjo, 2008).

e. Penanganan preeklampsia



Gambar 1. Penanganan preeklampsia Ringan berdasarkan buku pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia Tahun 2005.

(POGI, 2005)

Ibu hamil dengan preeklampsia ringan dapat dilakukan rawat inap maupun rawat jalan. Pada rawat jalan ibu hamil dianjurkan banyak istirahat (tidur miring ke kiri). Pada umur kehamilan diatas 20 minggu tidur dengan posisi

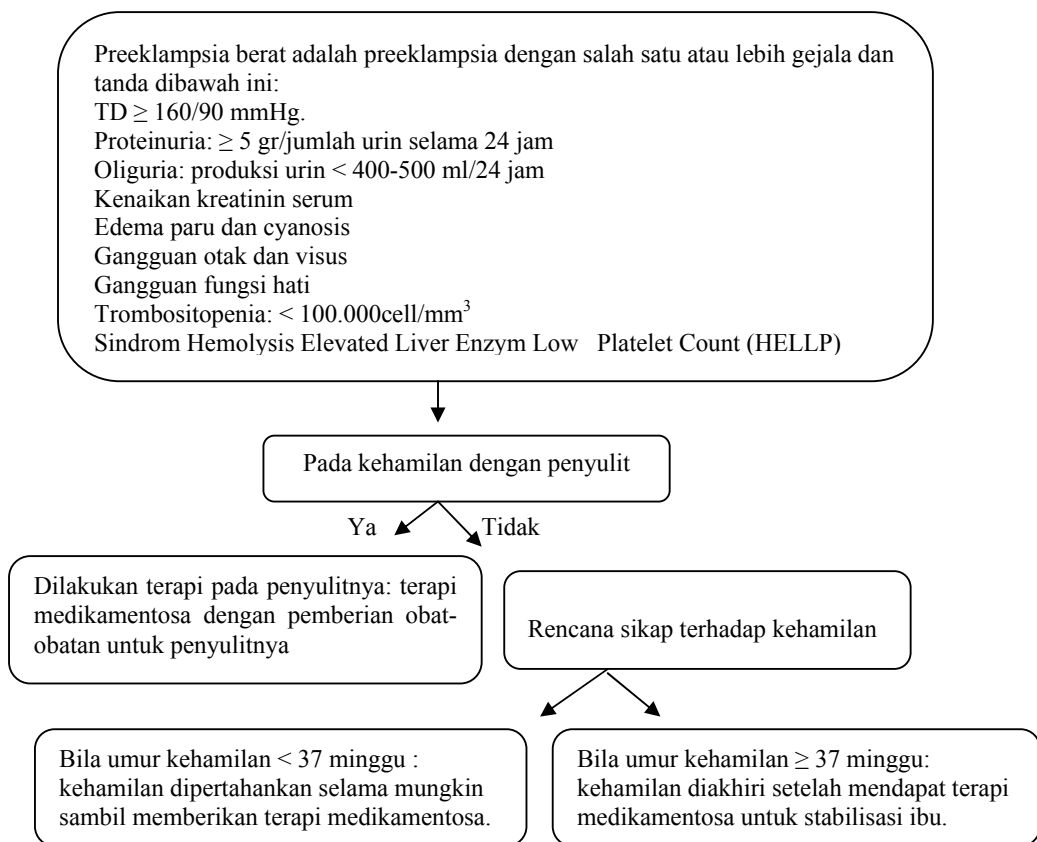
miring dapat menghilangkan tekanan rahim pada *vena kava inferior* yang mengalirkan darah dari ibu ke janin, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung. Hal ini berarti pula meningkatkan aliran darah ke organ-organ vital. Penambahan aliran darah ke ginjal akan meningkatkan laju filtrasi glomerulus dan meningkatkan diuresis sehingga akan meningkatkan ekskresi natrium, menurunkan reaktivitas kardiovaskuler, sehingga mengurangi vasospasme. Peningkatan curah jantung akan meningkatkan pula aliran darah ke rahim, menambah oksigenasi plasenta dan memperbaiki kondisi janin dan rahim. Pada preeklampsia tidak perlu dilakukan retriaksi garam jika fungsi ginjal masih normal. Diet yang mengandung 2 g natrium atau 4-6 g NaCl (garam dapur) adalah cukup. Diet diberikan cukup protein, rendah karbohidrat, lemak dan garam secukupnya. Tidak diberikan obat-obatan diuretik, antihipertensi dan sedatif (Prawirohardjo, 2008).

Pada keadaan tertentu ibu hamil dengan preeklampsia ringan perlu dirawat di rumah sakit yaitu dengan kriteria bila tidak ada perbaikan yaitu tekanan darah, kadar proteinuria selama lebih dari 2 minggu dan adanya satu atau lebih gejala dan tanda preeklampsia berat. Selama di rumah sakit dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorik. Pemeriksaan kesejahteraan janin, berupa pemeriksaan USG dan Doppler khususnya untuk evaluasi pertumbuhan janin dan jumlah cairan amnion (Prawirohardjo, 2008).

Perawatan obstetrik yaitu sikap terhadap kehamilan. Menurut Williams, kehamilan preterm ialah kehamilan antara 22 sampai ≤ 37 minggu.

Pada umur kehamilan <37 minggu bila tanda dan gejala tidak memburuk, kehamilan dapat dipertahankan sampai aterm tapi jika umur kehamilan >37 minggu persalinan ditunggu sampai timbul onset persalinan atau dipertimbangkan untuk melakukan induksi persalinan pada taksiran tanggal persalinan dan tidak menutup kemungkinan dapat dilakukan persalinan secara spontan (Prawirohardjo, 2008).

Preeklampsia Berat



Gambar 2. Penanganan preeklampsia berat berdasarkan buku pedoman pengelolaan hipertensi dalam kehamilan di Indonesia Tahun 2005.

(POGI, 2005)

Pengelolaan preeklampsia berat mencakup pencegahan kejang, pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan supportif terhadap penyulit organ yang terlibat dan saat yang tepat untuk persalinan. Penderita preeklampsia berat harus segera masuk rumah sakit untuk rawat inap dan dianjurkan tidur miring ke kiri. Pengelolaan cairan pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya edema paru dan oliguria. Diuretikum diberikan jika terjadi edema paru dan payah jantung (Anonim, 2005). Diuretikum yang dipakai adalah furosemid. Pemberian diuretikum secara rutin dapat memperberat hipovolemi, memperburuk perfusi utero-plasenta, menimbulkan dehidrasi pada janin, dan menurunkan berat janin. Antasida digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga bila mendadak kejang dapat menghindari risiko aspirasi asam lambung (Prawirohardjo, 2008).

Pemberian obat antikejang pada preeklampsia bertujuan untuk mencegah terjadinya kejang (eklampsia). Obat yang digunakan sebagai antikejang antara lain diazepam, fenitoin, MgSO_4 . Berdasarkan buku Pedoman Diagnosis dan Terapi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2007, antikejang yang digunakan adalah MgSO_4 yaitu dengan pemberian dosis awal 8 gram IM (4 gram bokong kanan dan 4 gram bokong kiri) dengan dosis lanjutan setiap 6 jam diberikan 4 gram (Anonim, 2007).

Saat ini magnesium sulfat tetap menjadi pilihan pertama untuk antikejang pada preeklampsia atau eklampsia. Pemberian magnesium sulfat dapat menurunkan risiko kematian ibu dan didapatkan 50% dari pemberiannya menimbulkan efek *flusher* (rasa panas). Syarat pemberian MgSO_4 yaitu reflek

patella normal, frekuensi pernapasan >16 kali per menit, harus tersedia antidotum yaitu Kalsium Glukonat 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan intravena 3 menit. Pemberian $MgSO_4$ harus dihentikan jika Terjadi intoksikasi maka diberikan injeksi Kalsium Glukonat 10% (1 gram dalam 10 cc) dan setelah 24 jam pasca persalinan (Anonim, 2007). Bila terjadi refrakter terhadap pemberian $MgSO_4$ maka bisa diberikan tiopental sodium, sodium amobarbital, diazepam atau fenitoin (Prawirohardjo, 2008).

Penentuan batas tekanan darah untuk pemberian antihipertensi masih bermacam-macam, menurut POGI Antihipertensi diberikan jika desakan darah $\geq 180/110$ mmHg atau MAP ≥ 126 . Jenis antihipertensi yang diberikan adalah nifedipine 10-20 mg peroral, dosis awal 10 mg, diulangi setelah 30 menit, dosis maksimumnya 120 mg dalam 24 jam. Desakan darah diturunkan secara bertahap, a) penurunan awal 25% dari desakan sistolik, b) desakan darah diturunkan mencapai $<160/105$ mmHg atau MAP <125 (POGI, 2005). Sedangkan menurut buku pedoman diagnosis dan terapi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2007, antihipertensi pada preeklampsia berat diberikan jika tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg. Jenis antihipertensi yang diberikan adalah nifedipin, jika tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg sd $<160/110$ mmHg diberikan antihipertensi methyldopa jika pasien mengalami edma paru, payah jantung kongesif, edem anasarka diberikan obat golongan diuretikum (Anonim, 2007).

Jenis antihipertensi lain yang dapat diberikan adalah:

- a) Hidralazin: dimulai dengan 5 mg intravena atau 10 mg intramuskuler, jika tekanan darah tidak terkontrol diulangi tiap 20 menit, jika tidak berhasil dengan 20 mg dosis 1 kali pakai secara intravena atau 30 mg intramuskuler dipertimbangkan penggunaan obat lain. Mekanisme kerjanya dengan merelaksasi otot pada arteriol sehingga terjadi penurunan tahanan perifer. Jika diberikan secara intravena efeknya terlihat dalam 5-15 menit. Efek sampingnya adalah sakit kepala, denyut jantung cepat dan perasaan gelisah, hidralazin termasuk dalam kategori C (keamanan penggunaannya pada wanita hamil belum ditetapkan).
- b) Labetalol: termasuk dalam beta bloker, mekanismenya menurunkan tahanan perifer dan tidak menurunkan aliran darah ke otak, jantung dan ginjal. Obat ini dapat diberikan secara peroral maupun intravena yang dimulai dengan 20 mg secara intravena, jika efek kurang optimal diberikan 40 mg 10 menit kemudian, penggunaan maksimal 220 mg, jika level penurunan tekanan darah belum dicapai obat dihentikan dan dipertimbangkan penggunaan obat lain, “dihindari pemberian Labetalol untuk wanita dengan asma atau gagal jantung kongestif” (Anonim, 2000), jika diberikan secara intravena efeknya terlihat dalam 2-5 menit dan mencapai puncaknya setelah 15 menit, obat ini bekerja selama 4 jam (Roeshadi, 2006). Labetalol termasuk dalam kategori C (keamanannya pada wanita hamil belum ditetapkan).

- c) Beta-bloker (Atenolol, Metoprolol, Nadolol, Pindolol, Propranolol), obat-obat tersebut berhubungan dengan peningkatan insiden dari kemunduran *intrauterine fetal growth* dan tidak direkomendasikan untuk penggunaan jangka panjang pada kehamilan, dosis Propranolol biasa digunakan >160 mg/hari (Saseen dan Carter, 2005).

2. Pengobatan Rasional

Obat didefinisikan sebagai senyawa yang digunakan untuk mencegah, mengobati, mendiagnosis penyakit/gangguan atau menimbulkan suatu kondisi tertentu (Setiawati, dkk, 2007). Obat akan disebut sebagai obat jika pemakaiannya tepat, jadi bila digunakan salah dalam pengobatan atau dengan dosis berlebih akan menimbulkan keracunan sedangkan bila dosisnya lebih kecil tidak akan diperoleh penyembuhan (Anief, 2000).

Dosis merupakan aturan pemakaian yang menunjukkan jumlah gram atau volume dan frekuensi pemberian obat untuk dicatat sesuai dengan umur dan berat badan pasien (Anonim^b, 2006), kecuali jika dinyatakan lain maka yang dimaksud dengan dosis obat adalah sejumlah obat yang memberikan efek terapeutik pada penderita dewasa; juga disebut dosis lazim atau dosis terapeutik. Bila dosis obat melebihi dosis terapeutik bisa menyebabkan keracunan, dinyatakan sebagai dosis toksik sehingga dapat sampai mengakibatkan kematian yang disebut sebagai dosis letalis. Dosis obat yang diberikan kepada penderita dipengaruhi oleh beberapa faktor: a) faktor obat b) cara pemberian obat c) karakteristik penderita (Joenoos, 2001). *World Health Organization* 1989 penggunaan obat dikatakan rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode yang adekuat dan

dengan harga terjangkau untuk masyarakat (Anonim^c, 2006). Agar tercapai tujuan pengobatan yang efektif, aman dan ekonomis, maka pemberian obat harus memenuhi prinsip-prinsip farmakoterapi sebagai berikut :

- 1). Tepat indikasi yaitu pemilihan obat sesuai dengan kebutuhan klinis yang dilihat dari diagnosis serta keluhan pasien.
- 2). Tepat pasien yaitu pemilihan obat sesuai dengan kondisi pasien.
- 3). Tepat obat yaitu pemilihan obat merupakan *drug of choice* untuk penyakit tersebut.
- 4). Tepat dosis meliputi kesesuaian besar dosis, frekuensi pemberian dan durasi. Ketepatan dosis ini sangat dipengaruhi oleh kondisi pasien antara lain tentang riwayat penyakit yang pernah diderita.
- 5). Informasi untuk pasien secara tepat yaitu dengan memberitahu efek samping obat, cara pemakaian dan informasi tambahan lainnya yang perlu disampaikan kepada pasien. Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi.
- 6). Evaluasi dan tindak lanjut secara tepat antara lain dengan dilakukan monitoring terhadap pasien (Anonim, 2000).

Dampak penggunaan obat yang tidak rasional sangat beragam dan bervariasi tergantung dari ketidak rasionalan penggunaannya. Dampak ketidakrasionalan penggunaan obat dapat meliputi :

- 1) Dampak pada mutu pengobatan dan pelayanan

Salah satu dampak penggunaan obat yang tidak rasional adalah peningkatan angka morbiditas dan mortalitas penyakit. Sebagai contoh:

penderita diare akut non spesifik umumnya mendapat antibiotik, sementara pemberian oralit (yang lebih dianjurkan) umumnya kurang banyak dilakukan.

- 2) Dampak terhadap biaya pengobatan
- 3) Penggunaan obat tanpa indikasi yang jelas atau pemberian obat yang sama sekali tidak memerlukan terapi obat. Hal ini merupakan suatu pemborosan dan sangat membebani pasien. Peresepan obat yang mahal padahal ada alternatif obat yang lain dengan manfaat serta keamanan yang sama dan harga lebih murah.
- 4) Dampak terhadap kemungkinan efek samping
- 5) Dampak terhadap mutu kesediaan obat (Anonim^c, 2006)

3. Rekam Medis

Definisi rekam medis menurut Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang penderita selama dirawat di rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat tinggal (Siregar dan Amalia, 2003).

1) Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis antara lain:

a) Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

b) Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

c) Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian dibidang profesi kedokteran.

d) Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

e) Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

f) Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik (Sjamsuhidajat dan Sabir, 2006).

2) Isi Rekam Medis

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis/masalah, persetujuan tindakan medis (bila ada), tindakan/pengobatan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Sjamsuhidajat dan Sabir, 2006).